基于Donabedian三维质量模型的炎症性肠病患者延续护理质量评价指标构建

马改荣 赵新鲜 奚慧琴 鞠莹 阮春凤 许美 王晶晶

上海交通大学医学院附属仁济医院护理部，上海 200127

通信作者：赵新鲜 电话：021-68383111 电子邮件：zhaoxinxian@renji.com

【摘要】 **目的：**构建炎症性肠病患者延续护理质量评价指标，为评价临床炎症性肠病患者延续护理质量提供依据。**方法：**以“结构-过程-结果”三维质量管理模型为理论基础，通过文献回顾和质性访谈构建评价指标初稿，通过2轮德尔菲专家咨询对指标进行重要性评分和内容修订，使用层次分析法确定指标权重。**结果：**共纳入15名专家进行2轮函询，问卷回收率均为100%，专家权威系数分别为0.930、0.919，肯德尔和谐系数分别为0.149和0.177（P＜0.05），各指标重要性赋值均数为4.33～5分，最终构建的炎症性肠病患者延续护理质量评价指标包括3个一级指标、10个二级指标和39个三级指标。**结论：**本研究构建的炎症性肠病患者延续护理质量评价指标科学、可靠、实用，能够为炎症性肠病患者延续护理质量评价提供参考。

【关键词】炎症性肠病；延续护理；德尔菲技术；护理质量指标；护理管理研究

Construction of a continuous nursing quality evaluation indicators system for inflammatory bowel disease patients based on the Donabedian’s three-dimensional quality structure

MA Gairong, ZHAO Xinxian, XI Huiqin, JU Ying, RUAN Chunfeng, XU Mei, WANG Jingjing

Department of nursing, Renji Hospital ,School of Medicine ,Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200127, China

Corresponding author: ZHAO Xinxian Tel: 021-68383111, E-mail: zhaoxinxian@renji.com

【Abstract】 **Objective** To construct continuous nursing quality evaluation indicators for inflammatory bowel disease patients, and to provide a basis for the evaluation of continuing care quality. **Methods** The first draft of evaluation indicator was constructed through literature review and qualitative interview, based on the three-dimensional quality management model of "structure-process-result". The first draft was revised through 2 rounds of Delphi technique, and the indicator weight was calculated by analytic hierarchy process. **Results** Total 15 experts completed 2 rounds of consultation. The questionnaire recovery rates were 100%; the expert authority coefficients were 0.930 and 0.919, respectively. Kendall harmony coefficients were 0.149 and 0.177 ($P < 0.05$). The average value of each indicator ranged from 4.33 to 5. The final nursing quality indicator system of continuing care of inflammatory bowel disease included 3 first-level indicators, 10 secondary-level indicators and 39 third-level indicators. **Conclusion** The evaluation indicators of continuous care for patients with inflammatory bowel disease constructed in this study are scientific, reliable and practical, and it can provide references for the evaluation of continuing care quality for patients with inflammatory bowel disease.

【Key words】Inflammatory Bowel Disease; Continuous Nursing; Delphi Technique; Nursing Quality Indicator; Nursing Management Research

炎症性肠病（Inflammatory bowel disease，IBD）是一种病因未明的慢性、非特异性肠道炎性疾病，包括克罗恩病和溃疡性结肠炎[1]。近 30 年我国炎症性肠病患者增加了 91.9 万例[2]，因其具有反复发作，迁延不愈的特点，患者需经常在医院-社区-家庭中往返。延续护理[3]是指一系列确保患者在不同健康照护场所（如从医院到家庭）或同一健康照护场所不同层次（如医院不同科室）之间转移时

均能获得协调性与连续性照护服务的护理活动,通常包括计划、转诊、随访与指导。既往研究显示[4-6]为患者提供延续护理可提高用药依从性、改善生活质量和自我管理行为。全国护理事业发展规划（2021-2025 年）指出[7]，医疗机构要积极提供延续护理，为出院患者提供便捷、专业的医疗护理服务。然而，目前国内对于炎症性肠病患者延续护理的管理工作仍较为欠缺，各地执行标准不一，缺乏对炎症性肠病延续护理实践过程的质量控制，无法系统地、科学地评价延续护理的质量。为保证炎症性肠病患者延续护理质量，构建相应的质量评价指标至关重要[8]。本研究以 Donabedian 的 “结构-过程-结果”三维质量模型为理论框架，构建一套科学、系统、实用的炎症性肠病患者延续护理质量评价指标，为评价临床炎症性肠病患者延续护理质量提供依据。

1 资料与方法

1.1 成立研究小组

本研究小组由 7 名成员组成，1 名主任护师（护理部主任），负责整体研究设计及质量控制；1 名主任护师（大内科科护士长兼消化科护士长），负责统筹实施、专家遴选及邀请；1 名消化科科研护士（硕士学历）和 1 名消化科专科护士负责指标初稿条目拟定、专家函询问卷发放、回收、指标修订、数据分析；1 名消化科副主任护师、2 名消化科主管护师负责指标内容补充及完善。

1.2 拟定指标初稿

通过文献回顾和质性访谈，结合炎症性肠病延续护理开展的实际情况，以三维质量结构模型为理论框架，初步构建炎症性肠病患者延续护理质量评价指标初稿。①文献回顾：以“inflammatory bowel disease 、crohn disease 、 ulcerative colitis、transitional care、transition* of care、continuity of care、continuity of nursing、

continuity of hospital care、seamless care、discharge planning、discharge program、support program、follow up after discharge、nursing quality、indicator system、evaluation indicators、structure-process-outcome model、sensitive indicators、system construction、quality evaluation”为英文检索词，采用主题词+自由词检索的方式，检索 Pubmed、Web of Science、Cochrane library、CINAHL、BMJ best practice、UpToDate 数据库。以“炎症性肠病、溃疡性结肠炎、克罗恩病、延续护理、延伸护理、连续性护理、过渡期护理、延续服务、延续性照护、出院计划、出院护理、出院前准备、电话随访、家庭访视、社区护理、质量、护理质量、质量评价、质量指标”为中文检索词，检索中国知网、万方、中国生物医学数据库、医脉通等数据库。得到文献 3092 篇，去除重复、不相关、无法获取全文的文献，最终纳入 21 篇。②质性访谈：对 5 名炎症性肠病患者和 5 名从事炎症性肠病延续护理相关工作的护理管理者及临床护士进行访谈。结合访谈内容，研究小组经过 2 轮小组讨论，共形成包含 3 个一级指标、10 个二级指标、47 个三级指标的炎症性肠病延续护理质量评价指标初稿。

1.3 拟定专家函询问卷

专家函询问卷包括以下 4 部分内容。①致专家信：介绍本研究的背景、目的及意义，并提醒问卷回收时间。②问卷主体：填表说明，各层级指标重要性采用 Likert 5 级评分法，1 分～5 分依次为非常不重要～非常重要，条目后设有意见栏。③专家基本情况调查表：包括性别、年龄、学历、职称、工作年限专业领域等内容。④权威程度调查表：包括专家对内容熟悉程度和判断依据调查表。

1.4 确定函询专家

在综合考虑专家的权威性、代表性和函询结果的全面性及问卷回收的基础

上，选取来自炎症性肠病专科临床护理、护理管理、医疗、护理教育领域的专家作为函询对象。专家纳入标准：①本科及以上学历；②副高及以上职称；③从事消化专业临床护理、护理管理、医疗和教育工作年限≥10 年；④对本研究有较高的积极性。所有专家均知情同意。

1.5 实施专家函询

2023 年 10 月-11 月，研究者通过邮件或纸质版问卷的形式进行函询，每轮咨询专家意见在 2 周内返回，为保证问卷回收率，超过 10 日未回复的专家，研究者发送信息提醒专家填写问卷[9]。在第 1 轮函询结束后，根据函询结果和专家意见进行修改、整理和分析，形成第 2 轮函询问卷。第 2 轮函询时，向专家反馈上轮函询结果，并进一步函询专家意见。2 轮函询后，专家意见趋于一致，故停止函询。指标删除标准：重要性均分＜4 分和（或）变异系数＞0.25[10]，结合专家意见和统计结果筛选条目。

1.6 统计学分析

采用 Excel 2019、SPSS 24.0 进行数据录入、整理及分析。计数资料采用频数、百分比描述，计量资料采用（$\bar{x}\pm s$）描述。专家积极性用问卷有效回收率表示；权威性用权威系数（Cr）表示；专家意见集中程度以指标重要性赋值均数和标准差表示；专家意见协调程度用变异系数和肯德尔和谐系数表示，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义；采用 SPSSAU 21.0 在线分析软件计算各指标权重、组合权重及一致性系数，应用层次分析法确定各层次各指标权重，再使用乘积法计算各三级指标组合权重。

2 结果

2.1 专家的基本信息

共有来自上海市、广东省、湖北省、陕西省、浙江省、江苏省6个省市的10所三甲医院和2所高校15名专家参与2轮专家咨询。专家年龄为（49.73±6.79）岁；工作年限10～20年4人，21～30年6人，＞30年5人；专业领域为医疗（炎症性肠病方向）2名，炎症性肠病临床护理5名，护理管理5名，护理教育（教授消化系统疾病方向）3名；学历为博士5名，硕士2名，本科8名；职称为正高级8名，副高级7名。

2.2 专家的积极性及权威程度

对15名专家进行2轮函询，问卷的回收率和有效率均为100%。第1轮函询有14名专家提出建设性意见，第2轮有5名专家提出意见，意见提出率分别为93.33%和33.33%。2轮函询专家的权威系数分别为0.930、0.919，其中判断依据分别为0.940、0.928，熟悉程度分别为0.920、0.910。

2.3 专家意见的集中程度和协调程度

2轮专家函询肯德尔和谐系数分别为0.149和0.177，χ^2检验的P值均＜0.001，说明专家意见趋于一致。

2.4 专家咨询结果

经过2轮专家咨询，根据指标筛选标准、专家意见及小组讨论，对指标修订情况如下。第1轮专家咨询结果：①删除6个三级指标：3个指标变异系数＞0.25，分别为："出院医院IBD专科医生/专科护士到社区指导的时长/频率""IBD患者急性期和缓解期的比例""患者因IBD造成的工作/上学而损失的天数"；另外3个指标专家认为可行性和相关性较弱，分别为："制定IBD患者延续性护理方案（由医院多学科团队、家庭成员中的主要照护者或/和第三方接收机构共同参与制定）""开设IBD延续性护理门诊""IBD患者相关不良事件发生率（跌倒/坠床、

压力性损伤、自伤自杀）”。②修改 6 个三级指标：“IBD 延续护理的人员构成合理”，专家认为人员构成合理标准有待明确，修改为“建立 IBD 延续护理团队，包括临床责任护士、至少 1 名营养专科护士、造口专科护士、IBD 专职护士和医生，有条件可纳入志愿者”；“设立 IBD 延续性护理运行场地、设备、设施、物品等管理规范”，专家认为场地大小没有统一标准，建议删除场地的要求。“有直接的患者访问电话或求助热线”，专家认为在当前互联网普及的情况下，网络咨询更为便捷，修改为“设有患者直接的求助途径：电话或网络等”；“院内外 IBD 延续性护理人员的衔接”专家认为院内外人员描述不具体，修改为“医院—医联体之间有 IBD 延续性护理人员的衔接”；“开展多种形式的院外健康教育”，专家认为需要对该指标的形式进行说明，修改为“开展多种形式的院外健康教育，如：发放手册、开展讲座、座谈会等”；“IBD 患者相关并发症的发生率”，专家认为需要对并发症进行界定，修改为“患者 IBD 相关严重并发症（中毒性巨结肠、大出血、急性肠穿孔）的发生率”。③合并 4 个三级指标：“服务预约平台”与“延续护理信息平台”合并；“出院计划”和“随访计划”合并；“线上随访”和“远程服务”合并；“非计划再入院率”与“手术后短期非选择性再入院和再干预率”合并。④增加 2 个三级指标：“设立 IBD 患者及照护者交流沟通平台”“IBD 患者疾病活动度及病情转归”。

第 2 轮专家咨询结果，修改 3 个二级指标：“出院评估”内容增加“患者的心理适应能力”；“出院健康教育”内容增加“心理情绪管理”；“患者及家属对延续护理满意度”修改为“患者或家属对延续护理满意度”。形成最终版炎症性肠病延续护理质量评价指标包括 3 个一级指标、10 个二级指标、39 个三级指标，见表 1。各级指标判断矩阵均满足一致性检验，一致性指标 CR 值均＜0.1。

表 1 炎症性肠病患者延续护理质量评价指标

指标	权重（%）	组合权重（%）	重要性得分（分，$\bar{x}\pm s$）	变异系数
Ⅰ-结构指标	33.333	-	5	0
Ⅰ-1 组织架构	33.767	-	4.93±0.26	0.052
Ⅰ-1-1IBD 延续护理的管理架构	24.759	2.578	4.87±0.35	0.072
Ⅰ-1-2 建立 IBD 延续护理团队，包括临床责任护士、至少 1 名营养专科护士、造口专科护士、IBD 专职护士和医生，有条件可纳入志愿者	25.419	2.647	5	0
Ⅰ-1-3IBD 延续护理组织职责明确	25.419	2.647	5	0
Ⅰ-1-4IBD 延续护理团队成员职责明确	24.403	2.541	4.80±0.41	0.086
Ⅰ-2 工作制度	32.877	-	4.80±0.56	0.117
Ⅰ-2-1IBD 延续护理管理制度	20.174	2.578	4.87±0.35	0.072
Ⅰ-2-2IBD 延续护理工作人员准入制度	19.594	2.504	4.73±0.59	0.126
Ⅰ-2-3IBD 延续护理工作人员培训制度	19.345	2.472	4.67±0.62	0.132
Ⅰ-2-4IBD 延续护理工作人员考核制度	20.174	2.578	4.87±0.35	0.072
Ⅰ-2-5IBD 延续护理运行制度，包括服务对象、流程、方式、频次等	20.713	2.647	5	0
Ⅰ-3 平台管理	33.356	-	4.87±0.35	0.07
Ⅰ-3-1 有 IBD 延续护理设备、设施、物品等管理规范	25.690	2.610	4.93±0.26	0.052
Ⅰ-3-2 有 IBD 延续护理信息平台，应具备患者档案、随访计划、健康教育等功能	25.690	2.610	4.93±0.26	0.052

Ⅰ-3-3 有 IBD 患者直接的求助途径：电话或网络等	25.013	2.541	4.80±0.41	0.086
Ⅰ-3-4 有 IBD 患者及照护者交流沟通平台	23.606	2.398	4.53±0.74	0.164
Ⅱ过程指标	33.333	-	5	0
Ⅱ-1 院内准备	33.784	-	5	0
Ⅱ-1-1 对 IBD 患者进行出院评估，主要包括延续护理服务需求评估、信息素养能力、家庭/社会/学校支持度、心理适应能力等	20.325	2.647	5	0
Ⅱ-1-2 护士、医生及患者（家属）三方共同制定 IBD 患者出院和随访计划	19.512	2.541	4.80±0.41	0.086
Ⅱ-1-3 完成有效的 IBD 出院健康教育(疾病相关知识、药物、营养、运动、饮食、自我管理、体重监测、病情监测、症状管理、生育指导、紧急情况处理、心理情绪管理等）能提供通俗易懂的宣教材料	20.325	2.647	5	0
Ⅱ-1-4 有患者延续护理流程和方式的告知，能为 IBD 患者提供延续护理所需的相关资料（纸质和/或电子资料）	19.512	2.541	4.80±0.41	0.086
Ⅱ-1-5IBD 患者和（或）照护者健康知识（疾病、治疗、并发症预防和识别、照护知识）掌握度	20.325	2.647	5	0
Ⅱ-2 院内外衔接	32.905	-	4.87±0.35	0.07
Ⅱ-2-1 医院—医联体之间有 IBD 延续护理人员的衔接	50.668	2.610	4.93±0.26	0.052
Ⅱ-2-2IBD 患者的诊疗过程、护理及随访计划有院内院外交接	49.332	2.541	4.80±0.41	0.086

Ⅱ-3 院外服务	33.311	-	4.93±0.26	0.05
Ⅱ-3-1 延续护理形式、内容、频率按制度要求落实	20.098	2.610	4.93±0.26	0.052
Ⅱ-3-2 延续护理团队在制度规定时间内回复患者咨询问题	19.568	2.541	4.80±0.56	0.117
Ⅱ-3-3 设立 IBD 患者严重并发症住院的绿色通道	20.383	2.647	5	0
Ⅱ-3-4 开展多种形式的院外健康教育，如：发放手册、开展讲座、座谈会等	19.853	2.578	4.87±0.52	0.106
Ⅱ-3-5 为 IBD 患者提供线上随访或远程服务，如微信平台、移动医疗 APP 或电话等	20.098	2.610	4.93±0.26	0.052
Ⅲ结果指标	33.333	-	5	0
Ⅲ-1 患者遵医行为	25.602	-	5	0
Ⅲ-1-1IBD 患者遵医嘱正确用药率	25.602	2.647	5	0
Ⅲ-1-2IBD 患者病情自我监测执行率	24.219	2.504	4.73±0.46	0.097
Ⅲ-1-3IBD 患者生活方式依从率，包括饮食、活动、作息等	24.936	2.578	4.87±0.35	0.072
Ⅲ-1-4IBD 患者按计划随访执行率	25.243	2.610	4.93±0.26	0.052
Ⅲ-2 患者临床结局	25.602	-	5	0
Ⅲ-2-1 患者 IBD 相关严重并发症（中毒性巨结肠、大出血、急性肠穿孔）的发生率	20.380	2.610	4.93±0.26	0.052
Ⅲ-2-2IBD 患者营养状况（营养风险筛查表、体重、BMI、白蛋白、血红蛋白等）	20.380	2.610	4.93±0.26	0.052
Ⅲ-2-3IBD 患者自我管理能力	20.670	2.647	5	0

Ⅲ-2-4IBD 患者生活质量	20.670	2.647	5	0
Ⅲ-2-5IBD 患者疾病活动度及病情转归	17.900	2.292	4.33±0.62	0.142
Ⅲ-3 延续护理服务满意度	25.243	-	4.93±0.26	0.05
Ⅲ-3-1IBD 患者或家属对延续护理满意度	50.306	2.610	4.93±0.26	0.052
Ⅲ-3-2IBD 延续护理相关从业人员满意度	49.694	2.578	4.87±0.35	0.072
Ⅲ-4 社会经济效益	23.554	-	4.60±0.63	0.14
Ⅲ-4-1IBD 患者出院或手术后非计划再入院率或再干预率	33.481	2.398	4.53±0.64	0.141
Ⅲ-4-2IBD 相关非预期门诊/急诊就诊率	33.481	2.398	4.53±0.52	0.114
Ⅲ-4-3 每年因 IBD 住院的天数	33.038	2.366	4.47±0.74	0.166

3 讨论

3.1 本研究构建的炎症性肠病患者延续护理质量评价指标具有科学性、可靠性

本研究以“结构-过程-结果”三维质量评价模型为理论框架，结合文献回顾和对工作人员及患者的质性访谈构建指标初稿，经过 2 轮专家咨询对指标进行修订，并采用层次分析法将各指标进行量化，形成正式的炎症性肠病患者延续护理质量评价指标，指标构建过程应用了科学的方法并纳入了利益相关者的意见，具有较好的科学性[11]。研究结果的可靠性由专家来源、积极性、权威性和协调程度等确定，确定专家是德尔菲专家咨询的重要环节[12]。本研究采用目的抽样，遴选来自 6 个省市 15 名在炎症性肠病医疗、护理、管理、教育等领域有丰富经验的专家，且均为高级职称，保证建立的质量评价指标具有良好的代表性。专家积极系数一般不低于 50%[11]，本研究中两轮专家的问卷回收率均为 100%，意见提出率分别为 93.33%和 33.33%，说明专家有较好的积极性。专家权威系数是专家代表

性和在本领域权威程度的量性评价指标，Cr＞0.8说明专家有较好的把握[10]。2轮专家的权威系数分别为0.930、0.919，说明专家在炎症性肠病领域有较高的权威，能够保证研究结果的说服力。2轮函询的肯德尔系数分别为0.149和0.177（P＜0.001），表明专家对指标的评价意见较为一致。采用层次分析法分析层级指标的权重并进行一致性检验，CR＜0.1，表明各层级指标权重设置合理[13]。

3.2 本研究构建的炎症性肠病患者延续护理质量评价指标具有实用性

3.2.1 结构指标以组织结构和平台管理为主

结构指标包括组织结构、工作制度和平台管理3个二级指标13个三级指标。其中二级指标组织结构和平台管理的权重较重，分别为33.767%和33.356%，说明合理的组织结构和管理平台是开展炎症性肠病延续护理的首要条件，这与卢学萍[14]的研究结果一致。三级指标中“建立IBD延续护理团队”和“IBD延续护理组织职责明确”和“IBD延续护理运行制度”组合权重最高，均为2.647%，且3个指标的变异系数为0，说明专家一致认为建立延续护理团队并明确相应职责及制定运行制度对炎症性肠病患者延续护理开展发挥至关重要的作用。炎症性肠病是慢性、反复发作的疾病，患者需要长期规律用药，且可能面临营养不良[15]、肠造口[16]等问题，因此，需要多学科合作对IBD患者开展延续护理服务，整合医疗资源，形成高效协同工作模式，满足患者不同照护需求。IBD患者延续护理服务是在不同健康照护场所完成的，因此，需要对不同部门的组织职责界定清晰、分工明确，确保延续护理高效运转。制度是保障各项医疗工作正常进行的指导方针[17]，将延续护理运行制度的建立作为评价指标不仅能够保障患者安全，同时有利于促进团队成员沟通协作，提高工作效率。平台是保障延续护理顺利开展的基础，卫健委发布的进一步改善护理服务行动计划（2023-2025年）[18]指出，三级医院

和部分有条件的二级医院应借助信息化手段，通过开发手机 APP、护理服务随访系统等，为有护理需求的出院患者提供在线护理咨询、护理随访、居家护理指导等延续性护理服务,解决患者出院后的常规护理、专科护理及专病护理问题。本研究指标结合政策和我国实际情况，将文献中的电话咨询修改为网络咨询，使评价指标更有可操作性。

3.2.2 院内准备和院外服务是延续护理过程指标的重要内容

过程指标包括院内准备、院内外衔接和院外服务 3 个二级指标和 12 个三级指标，其中，院内准备所占权重最多为 33.784%，高于院内外衔接和院外准备，与赵庆[19]等的研究结果一致。说明专家认为目前我国医疗环境下，延续护理仍处于初级阶段，以院内服务为主导。尽管近年来国家大力倡导并发展医院-社区-家庭联动的延续护理模式，但在实施过程中存在诸多阻碍。二级指标 “院内准备”中，3 个三级指标“出院评估”、“健康教育”和“知识掌握”组合权重最高（2.647%），说明专家认为对患者进行准确的出院评估，在此基础上进行健康教育并对知识掌握进行效果评价三个环节同等重要,准确评估是延续护理的实施前提，健康教育是延续护理的核心步骤，知识掌握是延续护理的终极目标，三个环节联系紧密，环环相扣。二级指标“院外服务”的三级指标“设立 IBD 患者严重并发症住院的绿色通道”权重最大（2.747%）。炎症性肠病患者可能出现急性大出血、急性肠穿孔等危及生命的严重并发症[20]，建立住院绿色通道能够更有效地响应患者的紧急需求、降低患者风险，改善患者就医体验提升就医满意度。

3.2.3 患者遵医行为和临床结局是患者结果质量评价重点

结果指标包括患者遵医行为、患者临床结局、延续护理服务满意度、社会经济效益 4 个二级指标 14 个三级指标。前 2 项二级指标在炎症性肠病患者延续护

理中占同等重要的地位，权重均为25.602%。延续护理的重点是改善患者的遵医行为，提高自我管理能力，从而改善临床结局[21]。在二级指标“患者遵医行为”中，三级指标“IBD患者遵医嘱正确用药率”组合权重最高（2.674%），研究显示IBD患者遵医嘱用药可减少病情加重，延缓并发症的发生[22]。因此，加强用药指导和依从性监测是炎症性肠病延续护理的一项重点工作，对改善患者健康结局具有重要意义。二级指标“患者临床结局”中三级指标“IBD患者自我管理能力”、“IBD患者生活质量”组合权重最高（2.647%），自我管理和生活质量在护理领域一直备受关注。研究显示，护士主导的延续护理干预能够提高提高患者的自我管理能力和生活质量[23, 24]。因此，护理工作在提高患者自我管理能力和生活质量方面起重要作用，将患者自我管理能力和生活质量用于评价护理质量科学可靠。本研究纳入的指标较为全面，考虑了社会经济效益，但其权重较其他指标低（23.554%），可能是我国对于IBD患者再入院和因IBD住院的天数等数据很难获得，主要数据来源为患者自我报告，统计操作难度大，结果准确性欠佳。未来建设完善的信息系统可促进该项指标的统计。

4 小结

本研究以“结构-过程-结果”三维质量模型为理论基础，通过文献回顾、质性访谈、德尔菲专家咨询法和层次分析法构建了炎症性肠病患者延续护理质量评价指标，能够为临床开展炎症性肠病延续护理实施提供参考依据，未来将进一步对指标进行临床应用及性能评价，为炎症性肠病延续护理质量改进提供思路。

参考文献

[1] Picoraro J A，Moore H，Leleiko N S. Inflammatory Bowel Disease: An Update[J]. Pediatrics in review，2023，44(3): 139. DOI: 10.1542/pir.2022-005750.

[2] Shao B，Yang W，Cao Q. Landscape and predictions of inflammatory bowel disease in China: China will enter the Compounding Prevalence stage around 2030[J]. Front Public Health， 2022， 10: 1032679. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1032679.

[3] 沈蓝君，夏露，程云. 老年日间手术患者延续护理需求现状及影响因素研究[J]. 中华护理杂志，2022，57(21): 2622-2628. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2022.21.010.

[4] 吕霞. 基于“互联网+医院-社区-家庭”三元联动的炎症性肠病延续护理模式构建与初步应用[D]. 南京:东南大学，2021.

[5] Xu C，Xi W，Wu C，et al. Effects of Continuous Nursing on the Disease Uncertainty, Coping Strategies and Quality of Sleep and Life of Patients with Inflammatory Bowel Disease[J]. J Multidiscip Healthc，2023，16: 2071-2080. DOI: 10.2147/JMDH.S414104.

[6] 王珂，彭南海，祁静，等. 基于护士主导的微信平台改善克罗恩病病人硫唑嘌呤服药依从性的研究[J]. 护理研究，2020，34(5): 828-834. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2020.05.021.

[7] 国家卫生健康委. 全国护理事业发展规划（2021-2025年）[EB/OL]. (2022-05-30) [2023-12-06].http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653pd/202205/441f75ad347b4ed68a7d2f2972f78e67.shtml.

[8] Georgy M， Negm Y， El-Matary W. Quality improvement in healthcare for patients with inflammatory bowel disease[J]. Transl Pediatr，2019，8(1): 77-82. DOI: 10.21037/tp.2019.01.02.

[9] Pandor A，Kaltenthaler E，Martyn-St J M，et al. Delphi consensus reached to produce a decision tool for SelecTing Approaches for Rapid Reviews (STARR)[J]. J Clin Epidemiol，2019，114: 22-29. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2019.06.005.

[10] 郭园丽，马珂珂，郭丽娜，等. 脑卒中吞咽障碍患者护理质量评价指标的构建[J]. 中华护理杂志，2022，57(13): 1599-1605. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2022.13.010.

[11] 伍琳，孙艳杰. 德尔菲法简介及在护理学中的应用现状[J]. 护理研究，2015(29): 3599-3601. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6493.2015.29.006.

[12] Wilkes L. Using the Delphi technique in nursing research[J]. Nurs Stand，2015，29(39): 43-49.

[13] 王瑞，黄志红. 层次分析法在护理领域的应用研究综述[J]. 中华护理教育，2014，11(6): 467-470. DOI: 10.3761/j.issn.1672-9234.2014.06.021.

[14] 卢学萍，黄霞，贾培培，等. 经皮冠状动脉介入治疗患者延续护理质量评价指标体系的构建[J]. 中华护理杂志，2021，56(01): 73-79. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2021.01.012.

[15] 王冠军，杨锦茹，徐常杰，等. 深圳某三甲医院炎症性肠病患者GLIM标准诊断营养不良及其相关因素分析[J]. 中华临床营养杂志，2023，31(1): 9-17. DOI: 10.3760/cma.j.cn115822-20220901-00177.

[16] 王跃生，张敬，于志丹，等. 回肠造口术对极早发炎症性肠病患儿临床结局的影响[J]. 中华医学杂志，2023，103(43): 3495-3498. DOI: 10.3760/cma.j.cn112137-20230722-00069.

[17] 刘月辉，张璇，张博雅，等. 现代医院管理制度下的公立医院内部管理制度体系框架研究[J]. 中国卫生质量管理，2023，30(4): 86-90. DOI: 10.13912/j.cnki.chqm.2023.30.4.21.

[18] 国家卫生健康委. 进一步改善护理服务行动计划（2023-2025年）[EB/OL].(2023-06-20)[2023-12-6]http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202306/1ba5e5b3291044cb8aa0a1bd2999c967.shtml.

[19] 赵庆，牛淑珍，刘贤亮，等. 我国55所医院慢性病延续性护理质量指标使用现况调查[J]. 中华现代护理杂志，2019，25(6): 689-693. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2019.06.007.

[20] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见（2018年，北京）[J]. 中华消化杂志，2018，38(5): 292-311. 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2018.05.002.

[21] Bahr S J，Weiss M E. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis[J]. International

Journal of Nursing Practice，2019，25(2): e12704. DOI: 10.1111/ijn.12704.

[22] Chan W，Chen A，Tiao D，et al. Medication adherence in inflammatory bowel disease[J]. Intest Res，2017，15(4): 434-445. DOI: 10.5217/ir.2017.15.4.434.

[23] Alvestad L，Jelsness-Jørgensen L P，Goll R，et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: a comparison of patients receiving nurse-led versus conventional follow-up care[J]. BMC Health Serv Res，2022，22(1): 1602. DOI: 10.1186/s12913-022-08985-1.

[24] Dibley L，Hart A，Duncan J，et al. Supported Intervention Versus Intervention Alone for Management of Fecal Incontinence in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Multicenter Mixed-Methods Randomized Controlled Trial[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs，2023，50(3): 235-244. DOI: 10.1097/WON.0000000000000979.